# ANEXO II

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS Y FUENTES DE RADIACIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitante (\*):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*Deberá colocarse el nombre completo de la sociedad, institución, entidad, fundación, asociación, otros, según el caso, y si fuera propietario, el nombre completo de éste. | | | | |
| Propietario ☐ Representante Legal ☐ Apoderado ☐ Delegado ☐   * Las personas jurídicas harán la solicitud a través de su representante legal, quien deberá acreditar la personería y la existencia de su representada, adjuntando copia de la documentación respectiva cuando es primera vez que se realiza el trámite o los efectos de los mismos se hubiesen extinguido por causas legales. * En caso de actuar a través de apoderado o por delegación, éste deberá presentar copia de la documentación con la que acredita tal calidad.   Nombre completo\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*Nombre del representante legal, apoderado o delegado, según el caso. | | | | |
| Documento de identificación personal:  ☐ N° DUI:\_  ☐ N° Carnet de Residente: \_  ☐ N° Pasaporte:      \_ | | | | |
| Dirección donde realizará la actividad o práctica: | | | | |
| Lugar para oír notificaciones: \_ \_\_\_\_\_  Teléfono celular: \_     \_\_\_ correo electrónico: \_\_     @­­­­­     \_  Teléfono fijo: \_     \_\_\_ | | | | |
| Describa la práctica que pretende realizar con la o las fuentes de radiación: | | | | |
| Identificación de las fuentes radiactivas | | | | |
| Fuente radiactiva  o radionúclido | Fabricante | Modelo | Actividad inicial y fecha de referencia | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| Identificación de equipos o generadores de rayos X | | | | |
| Tipo de equipo | Marca | Modelo | Parámetros máximos de voltaje (kV) | Año de fabricación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Lugar y fecha Firma

\*Si la solicitud es presentada por un tercero deberá legalizar la firma del peticionario.

\*En la solicitud se podrá autorizar a una persona con nombre completo y número de documento de identificación personal para que reciba notificaciones y la autorización que se emita.

Espacio para uso de la Dirección de Protección Radiológica:

|  |
| --- |
| Nº Registro:  Otros requisitos regulatorios: Si\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Práctica o actividad: |
| Construcción |
| Importación |
| Operación |
| Exportación |
| Transporte |
| Servicios Técnicos |
| Otros: |
|  |
| Nombre y firma del inspector: |